

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ГАЙМОРИТА У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ АДЕНОТОМИЮ

Бизунков А.Б., Шабашов К.С.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

У детей дошкольного и младшего школьного возраста среди заболеваний глотки наиболее часто встречается гипертрофия и воспаление глоточной миндалины, что составляет около 62% в структуре ЛОР-патологии и 28,9% заболеваний дыхательных путей [3].

Аденотомия является наиболее распространенным хирургическим вмешательством в детской оториноларингологической практике, однако, несмотря на то, что она применяется уже почти два столетия, показания к операции остаются достаточно противоречивыми (Darrow D., Siemens C., 2002; Johansson E., Hultcrantz E., 2003). В последние годы установлено, что глоточная миндалина играет роль регионального центра по обеспечению иммунного ответа на слизистых оболочках полости носа и околоносовых пазух, являясь местом дифференцировки лим-

фоцитов, которые затем заселяют указанные структуры [4]. После выполнения хирургических вмешательств на лимфопролиферативных органах глотки эффективность функционирования этого механизма значительно понижается, что ослабляет защитные свойства слизистой оболочки и оказывает отрицательное влияние на течение острых респираторных вирусных инфекций, способствует развитию гнойного воспалительного процесса в околоносовых пазухах, преимущественно в верхнечелюстных и клетках решетчатого лабиринта (Johansson E., Hultcrantz E., 2003). Вместе с тем, аденотомия рассматривается как первый шаг хирургического лечения детей, страдающих хроническим риносинуситом, и выполняется в расчете на облегчение течения болезни и удлинение сроков ремиссии [5].

Целью настоящей работы было: изучить особенности течения острого гнойного гайморита у детей перенесших аденотомию в прошлом.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 59 детей обоего пола в возрасте от 6-ти до 10-ти лет, проходивших лечение по поводу острого гнойного гайморита. Обследуемые пациенты были распределены в две группы. Первую составили 26 детей, которым в прошлом (от двух до четырех лет назад) была выполнена аденотомия. Вторую группу составили 33 пациента, которым не проводилось хирургических вмешательств на лимфопролиферативном глоточном кольце. Обследуемые группы имели сходный возрастной и половой состав. Средний возраст детей первой группы составил $7,67 \pm 1,89$ лет, второй группы – $6,89 \pm 1,45$ лет.

Помимо рутинных клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования изучалось состояние состояния мукоцилиарного транспорта (МЦТ) слизистой оболочки полости носа по методике (Puchelle G., 1984). Время МЦТ определялось при первичном обращении, по окончании срока лечения (в среднем 12-14 дней) и через 1 месяц после окончания лечения.

Результаты и обсуждение. У пациентов первой группы время МЦТ при исследовании в указанные сроки оказалось равным $35,6 \pm 6,5$ мин, $25,2 \pm 4,2$ мин и $23,4 \pm 3,8$ мин соответственно. У пациентов второй группы время МЦТ в аналогичные сроки составило $34,2 \pm 7,7$ мин, $15,5 \pm 4,3$ и $12,5 \pm 3,1$ мин. Пациенты обеих групп получали традиционное консервативное лечение: пункции пораженных гайморовых пазух с промыванием раствором антисептика, антибиотики и антигистаминные препараты в возрастной дозировке, интраназальные деконгестанты, физиотерапевтическое лечение. Длительность лечения, определяемая как время, прошедшее от его начала до исчезновения гнойного отделяемого в пунктируемой гайморовой пазухе у пациентов первой группы составило $8,2 \pm 1,3$ дня, у пациентов контрольной группы $5,1 \pm 1,1$ дней.

Установлено, что длительность лечения коррелирует со скоростью восстановления МЦТ. В начале болезни скорость МЦТ у пациентов обеих групп достоверно не различается, после окончания лечения у пациентов, перенесших аденотомию указанная величина оказывается более угнетенной, чем в контрольной группе.

Угнетение МЦТ, выявляемое в группе детей, перенесших аденотомию, по-видимому, является одним из факторов, обуславливающих не только более длительное и тяжелое течение воспалительного процесса в слизистой оболочке околоносовых пазух, но и риск его возникновения после перенесенной ОРВИ. Считается доказанным, что снижение продукции или активизация распада секреторного иммуноглобулина А является главной причиной и возникновения, и за-

тяжного течения синусита [1]. После выполнения аденотомии количество активных В-клеток, созревающих в глоточной миндалине и колонизирующих в последствии слизистую оболочку полости носа, значительно уменьшается, соответственно, уменьшается продукция IgA [4]. Кроме того, стабильное угнетение секреции IgA приводит к нарушениям циркадного ритма мукоцилиарной активности в полости носа, что вызывает истощение цилиарных клеток и нарушение МЦТ (Passali D. et al., 1990).

Выводы. На основании полученных данных можно предполагать, что перенесенная в анамнезе аденотомия негативно сказывается на течении острого синусита, и это должно учитываться при выборе лечебной тактики. По мнению Петровой Л.Г. и Сидоренко И.В. (2003), в детской оториноларингологии следует отдавать предпочтение консервативному лечению синуситов, которое должно включать: широкий спектр антибактериальной терапии, действующей и на атипичную флору (хламидии, микоплазмы); терапию, направленную на улучшение состояния местного иммунитета, препараты, уменьшающие вязкость секрета и улучшающие МЦТ [2]. Указанный вывод представляется особенно актуальным для детей, перенесших аденотомию в анамнезе. Необходимо назначение системных антибиотиков в строгом соответствии с чувствительностью возбудителя, санация очагов инфекции, целесообразен более длительный восстановительный период после болезни с ограничением стрессорных и физических нагрузок.

Следует также подчеркнуть, что подходы к лечению острого синусита у детей, основанные на принципах, применяемых при лечении аналогичных заболеваний у взрослых нецелесообразны. В первую очередь это связано со специфической факторов, способствующих возникновению синусита в разных возрастных группах пациентов: если у взрослых в развитии заболевания преимущественное значение имеют нарушения архитектоники латеральной стенки носа (ostiomeatalный комплекс), носовой перегородки или их сочетание, то у детей преобладающую роль играют нарушения местного и системного иммунитета, наличие стойких очагов инфекции (аденоидит, хронический тонзиллит).

Литература:

- 1 Носуля, Е.В. Острый риносинусит в амбулаторной практике / Е.В. Носуля, И.А. Ким // *Consilium-medicum*. – 2005. – Т.7, № 4. – С. 38-42.
- 2 Петрова, Л.Г., Факторы, влияющие на развитие хронических синуситов у детей / Л.Г. Петрова, И.В. Сидоренко // *Современные проблемы заболеваний верхних дыхательных путей и уха: материалы Рос. науч.-практич. конф.* – Москва, РАГС, 19 - 20 ноябр. 2002 г. – М., 2002. – С. 124-125.
- 3 Распространенность сочетанной патологии полости носа и носоглотки у детей / Ю.В. Пронина [и соавт.] // *Росс. ринология*. – 2003. – №3. – С. 56
- 4 Brandtzaeg, P. Immunology of tonsils and adenoids: everything the ENT surgeon need to know / P. Brandtzaeg // *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol* – 2003. – Vol. 67, N 1. – P. 69-76
5. Manning, S. Surgical intervention for sinusitis in children / S. Manning // *Curr. Allergy Asthma Rep*. – 2001. – Vol. 1. – P. 289-296.